REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
Ministerio del Poder Popular para la SALUD

SIENO

SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

FICHA DE INVESTIGACIÓN DE FIEBRE AMARILLA

ENFERMEDAD: FIEBRE AMARILLA (1D47)

DEFINICIÓN DE CASO: Persona que presenta fiebre de inicio agudo y al menos uno de los siguientes criterios clínicos:

1) Sospecha clínica de fiebre amarilla por parte del médico tratante,
2) Ictericia con inicio dentro de los 14 días posteriores al inicio de la fiebre,
3) Manifestaciones hemorrágicas o neurológicas,
4) Elevación de transaminasas (≥2 veces el límite superior de la normalidad),
5) Presentar antecedente de exposición (residencia, trabajo o viaje) a un área de riesgo enzoótico

1) Datos Institución

1.1 Número del caso	1.2 Fecha de elaboración ___/___/___	1.3 Estado	1.4 Municipio
1.5 Parroquia	1.6 Establecimiento		
1.7 ASIC	1.8 Fuente de notificación: Público ☐ Privado ☐ Laboratorio ☐ Comunidad ☐ Búsqueda activa ☐ Otros ☐		

2) Datos del Paciente

2.1 Primer apellido	2.2 Segundo apellido	2.3 Primer nombre	2.4 Segundo nombre
2.5 C.I / Pasaporte V ☐ E ☐	2.6 Nacionalidad	2.7 Fecha de nacimiento ___/___/___	2.8 Edad / 2.9 Sexo M ☐ F ☐
2.10 Etnia	2.11 Nivel educativo I ☐ S ☐ TSU/U ☐ P ☐ TM ☐ EE ☐	2.12 Años aprobados	2.13 Situación conyugal S ☐ U ☐ D ☐ C ☐ Se ☐ V ☐
2.14 Profesión	2.15 Ocupación	2.16 Latitud	2.17 Latitud

3) Datos de Residencia

3.1 Entidad de residencia	3.2 Municipio de residencia	3.3 Parroquia de residencia	3.4 Localidad de residencia
3.5 Urb./Sector/ Zona industrial	3.6 Av./Calle/ Esquina/Vereda	3.7 Casa/Edif./ Quinta/Galpón	3.8 Piso/Planta/ Local
3.9 Teléfono de habitación (Fijo)	3.10 Teléfono celular (Móvil)	3.11 Punto de referencia	
3.12 Lugar donde la persona enfermó		3.13 Nombre de la madre	3.14 Nombre del padre

4) Datos Epidemiológicos

4.1 Lugar probable de la infección		4.2 Estado	4.3 Municipio
4.4 Parroquia	4.5 ASIC	4.6 Punto de referencia	
4.7 Teléfono	4.8 Clasificación de población: Área urbana ☐ Área rural ☐ Área peri urbana ☐ Área desconocida ☐		4.9 Fecha inicio de síntomas ___/___/___
4.10 Fecha de atención médica ___/___/___	4.11 Fecha de notificación ___/___/___	4.12 Fecha de investigación ___/___/___	4.13 N° de semana epidemiológica

5) Antecedentes Epidemiológicos

5.1 Desplazamientos en los quince (15) días previos al inicio de los síntomas

Fecha	Localidad	Parroquia	Municipio	Estado / Departamento	País

6) Datos Entomológicos y Epizootias

6.1 Presencia de vectores silvestres: SI ☐ NO ☐ IGNORADO ☐ (Haemagogus SP, Sabethes SP). OTROS: _____

6.2 Presencia de Aedes Aegypti: SI ☐ NO ☐ IGNORADO ☐

6.3 Ocurrencia de Epizootias: SI ☐ NO ☐ IGNORADO ☐ (Mortandad de monos de la región): _____

6.4 Vacunado contra la fiebre amarilla: SI ☐ FECHA DE VACUNACIÓN: ___/___/___ N° LOTE: _____ NO ☐ IGNORADO ☐

7) Datos Clínicos

SÍNTOMAS	SI (D/M/A)	NO	DESCONOCIDO	SÍNTOMAS	SI (D/M/A)	NO	DESCONOCIDO	SÍNTOMAS	SI (D/M/A)	NO	DESCONOCIDO
FIEBRE	/ /			HEMATEMESIS	/ /			NÁUSEAS	/ /		
VOMITOS	/ /			MELENA	/ /			INAPETENCIA	/ /		
ICTERICIA	/ /			RECTORRAGIA	/ /			HIPO	/ /		
HEMATURIA	/ /			ANURIA	/ /			EPISTAXIS	/ /		
OLIGURIA	/ /			CHOQUE	/ /			GINGIVORRAGIA	/ /		
BRADICARDIA	/ /			COMA	/ /			LENTITUD DEL PENSAMIENTO	/ /		
CEFALEA	/ /			SIGNO DE FAGET	/ /			SOMNOLENCIA	/ /		
DOLOR EPIGÁSTRICO	/ /			MIALGIA	/ /			CONFUSIÓN MENTAL	/ /		
ESCALOFRIOS	/ /			ARTRALGÍA	/ /			CONVULSIONES	/ /		

8) Hospitalización

8.1 Hospitalizado SI ☐ NO ☐	8.2 Fecha de hospitalización / /
8.3 Sitio de hospitalización	

9) Exámenes Serológicos

EXAMEN	FECHA: / / RESULTADO	FECHA: / / RESULTADO	FECHA: / / RESULTADO	FECHA: / / RESULTADO	FECHA: / / RESULTADO	FECHA: / / RESULTADO
BT						
BD						
BI						
AST (TGO)						
ALT (TGP)						
CREATININA						
ALT (TGP)						
ALBUMINA						
LEUCOCITOS						
TROMBOCITOS						
LDH						

10) Exámenes Específicos

PRUEBA	FECHA DE TOMA	FECHA ENTREGA AL INHRR	RESULTADO	FECHA DE RESULTADO
IgM FA 1m	/ /	/ /		/ /
IgG FA 2m	/ /	/ /		/ /
AISLAMIENTO VIRAL	/ /	/ /		/ /
VÍSCERA: _____	/ /	/ /		/ /
VÍSCERA: _____	/ /	/ /		/ /

11) Actividades Realizadas

11.1 Hispatología COMPATIBLE ☐ SUGESTIVO ☐ NEGATIVO ☐ NO REALIZADO ☐

11.2 Inmunohistoquímica POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐ NO REALIZADO ☐

11.3 Aislamiento viral material recolectado SI ☐ NO ☐ NO REALIZADO ☐

11.4 Resultado AISLADO ☐ NO AISLADO ☐ ESPECIFIQUE _____

11.5 Bloqueo SI ☐ NO ☐ IGNORADO ☐ **EN CASO DE SI**, PERSONAS VACUNADAS: 1 AÑO _____ 2 AÑOS Y MAS _____ N^{O} DE CASAS VISITADAS _____

11.6 Control del vector SI ☐ NO ☐ IGNORADO ☐

11.7 Clasificación final FIEBRE AMARILLA URBANA ☐ FIEBRE AMARILLA SELVÁTICA ☐ DESCARTADO ☐ (ESPECIFICAR) _____

11.8 Criterio de confirmación / descarte LABORATORIAL ☐ NEXO EPIDEMIOLÓGICO ☐ CLÍNICO ☐

11.9 Si el caso es importado ó presenta nexo epidemiológico PAÍS _____ ESTADO _____ MUNICIPIO _____ PARROQUIA _____ ASIC _____

11.10 Enfermedad Relacionada SI ☐ NO ☐ IGNORADO ☐ **EN CASO DE SI**, CUAL _____

11.11 Evolución del caso RECUPERACIÓN ☐ DEFUNCIÓN ☐ IGNORADO ☐ **EN CASO DE DEFUNCIÓN**, INDICAR FECHA DE MUERTE / /

11.12 Fecha de cierre DIA _____ MES _____ AÑO _____

11.13 Observación

12) Responsable

12.1 Nombre y apellido	12.2 Firma	12.3 Fecha / /
12.4 Epidemiólogo/a regional	12.5 Firma	12.6 Fecha / /

Ministerio del Poder Popular para la SALUD
VENEZUELA

SIENO
SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA
FICHA DE INVESTIGACIÓN

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA FICHA DE INVESTIGACIÓN DE CASOS SOSPECHOSOS DE FIEBRE AMARILLA

Instrucciones Generales:

- Toda la ficha debe ser llenada completamente, con letra legible y en molde.
- Debe aportar solo datos fidedignos.
- Todos los datos que representen fechas deben escribirse en el siguiente formato: DD/MM/AAAA.

1. Datos Institución:

1.1. Escriba el número de caso según el orden en que éstos se presentan.
1.2. Escriba la fecha en que se comenzó a llenar la ficha.
1.3. Escriba el nombre del estado en el que está ubicado el establecimiento.
1.4. Escriba el nombre del municipio en el que está ubicado el establecimiento.
1.5. Escriba el nombre de la parroquia en la que está ubicado el establecimiento.
1.6. Establecimiento: escriba el nombre del establecimiento de salud que detectó o recibió el caso.
1.7. Escriba el nombre del Área de Salud Integral Comunitaria en la que está ubicado el establecimiento.
1.8. Marque en el cuadro correspondiente la fuente de donde se notifica el caso.

2. Datos del Paciente:

2.1. Escriba el primer apellido del paciente.
2.2. Escriba el segundo apellido del paciente.
2.3. Escriba el primer nombre del paciente.
2.4. Escriba el segundo nombre del paciente.
2.5. Indique si el paciente es venezolano o extranjero. Luego escriba el número de cédula o pasaporte según sea el caso.
2.6. Escriba la nacionalidad del paciente.
2.7. Escriba la fecha de nacimiento del paciente.
2.8. Escriba la edad del paciente.
2.9. Indique el sexo del paciente.
2.10. Si el paciente es indígena escriba a que etnia pertenece.
2.11. Marque en el cuadro correspondiente el nivel educativo del paciente (I=inicial, P=Primaria, S=Secundaria, TM=Técnico medio, TSU/U=Técnico superior universitario/Universitario, EE=En estudio).
2.12. Si en el ítem anterior marco "EE= En estudio" entonces escriba el numero de años aprobados.
2.13. Marque en el cuadro correspondiente la situación conyugal según sea el caso (S=Soltero(a), C=Casado(a), D=Divorciado(a), V=Viudo(a), U=Unido (a), Se=Separado(a)).
2.14. Escriba la profesión del paciente
2.15. Escriba la ocupación del paciente.
2.16. Escriba la latitud de la ubicación geográfica del establecimiento donde se capta el caso.
2.17. Escriba la longitud de la ubicación geográfica del establecimiento donde se capta el caso.

3. Datos de Residencia:

3.1. Escriba el estado donde se ubica la residencia del paciente.
3.2. Escriba el municipio donde se ubica la residencia del paciente.
3.3. Escriba la parroquia donde se ubica la residencia del paciente.
3.4. Escriba la localidad donde se ubica la residencia del paciente.
3.5. Escriba el nombre de la urbanización, sector o zona industrial donde se ubica la residencia del paciente.
3.6. Escriba el nombre de la avenida, carretera, calle, esquina o vereda donde se ubica la residencia del paciente.
3.7. Escriba el nombre o número de la casa, edificio, quinta o galpón donde se ubica la residencia del paciente.
3.8. Escriba el número del piso, planta o local donde se ubica la residencia del paciente.
3.9. Escriba el número telefónico de la residencia del paciente.
3.10. Escriba el número telefónico celular del paciente.
3.11. Escriba un punto de referencia que facilite ubicar la residencia del paciente.
3.12. Escriba el lugar donde se sospecha que el paciente enfermo.
3.13. Escriba el nombre de la madre (primer nombre y primer apellido).
3.14. Escriba el nombre de la madre (primer nombre y primer apellido).

4. Datos Epidemiológicos:

4.1. Escriba el lugar donde presume que se produjo la infección.
4.2. Escriba el nombre del estado al que corresponde el lugar donde se produjo la infección
4.3. Escriba el nombre del municipio al que corresponde el lugar donde se produjo la infección
4.4. Escriba el nombre de la parroquia al que corresponde el lugar donde se produjo la infección
4.5. Escriba el nombre del ASIC al que corresponde el lugar donde se produjo la infección
4.6. Escriba el nombre del punto de referencia cercano al lugar donde se produjo la infección
4.7. Escriba un numero telefónico cercano al lugar donde se produjo la infección
4.8. Marque en el cuadro correspondiente la severidad clínica del caso.
4.9. Registre en los espacios correspondientes la fecha de inicio de síntomas, según formato D/M/A
4.10. Registre en los espacios correspondientes la fecha de atención médica, según formato D/M/A
4.11. Registre en los espacios correspondientes la fecha de notificación, según formato D/M/A
4.12. Registre en los espacios correspondientes la fecha de investigación, según formato D/M/A
4.13. Registre el nº de semana epidemiológica

5. Antecedentes Epidemiológicos:

5.1. Registrar en los espacios correspondiente los desplazamientos en los 15 días previos al inicio de los síntomas, los sitios frecuentados por la persona, indicando fecha según formato D/M/A así como la localidad Parroquia, Municipio, Departamento / Estado y País.

6. Datos Entomológicos y Epizootias:

6.1. Registrar en los espacios correspondientes la presencia de vectores silvestres.
6.2. Registrar en los espacios correspondientes la presencia de Aedes Aedes Aegypti.
6.3. Registrar en los espacios correspondientes la ocurrencia de Epizootias.
6.4. Registrar en los espacios correspondientes si la persona está vacunado contra la fiebre amarilla, indicando fecha de vacunación D/M/A y Nº de lote, el cual debe estar consignado en el carnet de vacunación o registros de enfermería, si la persona no tiene carnet y no está registrado en los registros de enfermería se considera no vacunado.

7. Datos Clínicos:

7.1. Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente la presencia o ausencia de síntomas clínicos de la fiebre amarilla.

8. Hospitalización:

8.1. Registrar en el espacio correspondiente, si la persona fue hospitalizada o no.
8.2. Registrar en los espacios correspondientes la fecha de hospitalización según formato D/M/A.
8.3. Registrar en el espacio correspondiente el nombre del establecimiento de salud donde la persona afectada fue hospitalizada.

9. Exámenes Serológicos:

9.1. Registrar la fecha de toma, en formato D/M/A. y los resultados de exámenes de laboratorio

10. Exámenes Específicos:

10.1. Registrar en el espacio correspondiente de las pruebas, fecha de toma, fecha de entrega al INHRR, resultado y fecha de resultado según formato D/M/A.

11. Actividades Realizadas:

11.1. Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente el resultado de la histopatología si es compatible, sugestivo, negativo o no realizado.
11.2. Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente a Inmunohistoquímica, si los resultados son: positivo, negativo, o no realizado
11.3. Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente si el material para aislamiento viral fue recolectado, no recolectado o ignorado
11.4. Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente si el virus fue aislado o no.
11.5. Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente si se realizó o no bloqueo vacunal, e indique las personas vacunadas por edad y número de casas visitadas
11.6. Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente si se realizó o no control del vector.
11.7. Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente la clasificación final del caso
11.8. Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente el criterio utilizado para la confirmación /descarte del caso.
11.9. Registrar en el espacio correspondiente el país, estado, municipio, parroquia y ASIC, si el caso es importado o presenta nexo epidemiológico.
11.10. Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente si existe alguna enfermedad relacionada.
11.11. Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente la evolución del caso y fecha de la muerte si ocurriese según formato D/M/A.
11.12. Registrar en fecha de cierre del caso según formato D/M/A.
11.13. Registrar en observación puntos de interés relacionados a la fiebre amarilla que se consideren relevantes.

12. Responsable:

12.1. Registrar el nombre y apellido del responsable de la investigación
12.2. Registrar la firma del responsable de la investigación
12.3. Registrar la fecha D/M/A donde el responsable de la investigación esta ingresando sus datos
12.4. Registrar el nombre del epidemiólogo/a regional que avale la investigación del caso
12.5. Registrar la firma del epidemiólogo/a regional
12.6. Registrar la fecha D/M/A donde el epidemiólogo/a regional esta ingresando sus datos